Protocol de abordare a pacientilor cu durere abdominala acuta in unitatea de primire urgente

Monica Puticiu*

Durerea abdominala acuta netraumatica, cu debut sub o saptamana este o acuza extrem de frecventa, uneori dificil de evaluat, a pacientilor care se prezinta la Unitatea de Primire Urgente. Etiologiile sunt numeroase: gastrointestinale, genitourinare, cardiovasculare, pulmonare, alaturi de alte cauze.

Exista 3 tipuri de durere (1):

- Durerea viscerala, slab localizata, datorata stimularii fibrelor nervoase autonome
- Durerea parietala, determinata de inervarea fibrelor nervoase parietale
- Durerea iradiata care apare la distanta fata de organul afectat

Durerea poate fi clasificata dupa etiologie in intraabdominala si extraabdominala (2):

- **Cauze intraabdominale/pelviene**:
  - Peritonita prin afectarea viscerelor abdominale sau pelvine
  - Ocluzia intestinala, obstructia/afectarea ureterului sau a arborelui biliar
  - Afectiuni ginecologice
  - Afectiuni vasculare (infarct enteromezenteric, disectie aorta)
- **Cauze extraabdominale, metabolice sau neurogene**:
  - Durerea de perete abdominal este de obicei de origine traumatica
  - Durerea abdominala difuza, asociata cu greturi, varsaturi si diaforeza se poate asocia cu afectiuni intratoracice (pneumonie, embolie pulmonara, pneumotorax, afectiune esofagiana, infarct miocardic acut)

** Unitatea de Primire Urgente, Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Arad*
Puticiu Monica, puticiumonica@yahoo.com

- Cauze pelviene: sarcina ectopica, avort
- Cauze metabolice: cetoacidoza, porfiria, sicklemia
- Alte cauze: muscatura de paianjen sau scorpion, intoxicatie cu metale grele, afectiuni autoimmune, afectiuni neurologice (zona zoster-etapa preeruptiva, lumbago)

Cauzele cele mai frecvente de durere abdominala acuta (2):

1. Durerea abdominala acuta nespecifica 34%
2. Apendicita 28%
3. Afectiuni biliare 10%
4. Ocluzia intestinului subtire 4%
5. Afectiuni ginecologice 4% (salpingita 68%, chist ovarian 21%, sarcina ectopica 6%, avort incomplet 5%)
6. Pancreatita 3%
7. Colica renala 3%
8. Ulcer perforat 3%
9. Neoplasm 2%
10. Diverticulita 2%
11. Altele (sub 1%) 6%

Evaluarea clinica:

1. Daca se depisteaza probleme care pot sa puna viata in pericol acestea trebuie rezolvate imediat;
2. Anamneza (3):

- ora cand a debutat durerea, caracterul, severitatea, localizarea si iradierea, factori care o accentueaza si o amelioreaza, orice modificare a simptomatologiei;
- simptome cardiorespiratorii: durere toracica, dispnee, tuse;
- simptome genitourinare;
- istoric de trauma;
- la varstnici: istoric de afectiuni cardiovasculare, coagulopatii, vasculopatii;
- antecedente patologice medicale si chirurgicale, medicatia utilizata, in special antiinflamatoare steroidiene si nonsteroidiene, antibiotice;
- la femei, antecedentele ginecologice.

3. Aspect general (3):

- pacientii cu durere de origine viscerala sunt in general agitati, pe cand cei cu durere peritonitica au tendinta de a nu se misca;
- tegumente palide/icterice;
- se urmaresc semne de hipovolemie (tahicardia poate lipsi la varstnici

sau datorita medicatiei);
- temperatura (absenta febrei nu exclude infectia mai ales la varstnici).

4. Inspectia abdomenului – aspectul abdomenului, peristaltica, distensie, pulsatii, formatiuni tumorale;
5. Palparea abdomenului – cea mai importanta etapa- se evalueaza sensibilitatea, apararea musculara, formatiunile, hernia. La pacientii cu peritonita, combinatia durere abdominala, abdomen "de lemn" si durere abdominala provocata de tuse este suficienta pentru sustinerea dianosticului. Dupa unii autori, durerea abdominala provocata de tuse are valoare mai mare decat semnul Bloomberg.
6. Afectiunile retroperitoneale nu prezinta simptomatologia abdominala clasica.

Examinarea pelvina: tuseu vaginal si tuseu rectal pentru evaluarea durerii, sangerarii sau formatiunilor tumorale pelvine.

7. Pacienti varstnici cu dureri abdominale prezinta urmatoarele particularitati:
- anamneza dificil de obtinut;
- simptome si semne nespecifice sau absente;
- frecvent comorbiditati cardiovasculare, pulmonare, renale;
- risc operator crescut, risc crescut de complicatii;
- volvulusul de sigmoid, diverticulita, ischemia mezenterica si anevrismul de aorta abdominala apar mai frecvent decat la tineri;

Cauzele durerii abdominale corelate cu varsta (2):

Diagnostic	Peste 50 ani	Sub 50 ani
Afectiunile tractului biliar	21%	6%
Durere abdominala nespecifica	16%	40%
Apendicita	15%	32%
Ocluzie intestinala	12%	2%
Pancreatita	7%	2%
Diverticulita	6%	< 1%
Neoplasm	4%	< 1%
Hernie	3%	< 1%
Vasculara	2%	< 1%
Ginecologica	< 1%	4%
Alte cauze	13%	13%

Evaluarea paraclinica necesara pentru a face diagnosticul diferential (4,5):

Laborator:

- hemoleucograma poate fi normala; leucocitoza reprezinta un semnal de alarma; hematocritul in dinamica poate sa aiba valoare, dar poate sa dureze cateva ore pentru ca modificarea sa fie evidenta,
- examenul de urina: hematurie/piurie,
- test de sarcina,
- amilazemia,
- anomaliile electrolitice nespecifice,

Electrocardiograma, mai ales la pacientii peste 40 de ani

Imagistica:

- radiografia abdominala pe gol – evaluare nespecifica pentru calculi, calcificari, aer/fluid – suprautilizata, fara impact major in management,
- ecografia abdominala utila in:
  - litiaza biliara, coledociana, colecistita
  - dilatatii de duct biliar
  - formatiuni pancreatice
  - hidronefroza
  - sarcina intrauterina sau ectopica
  - suspiciune de apendicita
  - afectiuni ovariene
  - lichid in cavitatea peritoneala
  - anevrism de aorta abdominala
  - CT contraindicata datorita alergiei la substanta de contrast sau insuficientei renale

Rezultatele pot fi dependente de experienta examinatorului si influentate negativ de factori ce tin de pacient precum meteorismul si obezitatea.

- Computer tomografia (CT) este preferata pentru diagnosticul de:
  - pancreatita
  - obstructie biliara
  - anevrism de aorta
  - apendicita
  - litiaza renala
  - formatiuni tumorale abdominale
- Bariu pasajul si studiile radioizotopice in general nu sunt utilizate in urgenta, putand, daca sunt folosite, limita utilizarea altor teste care sunt mai importante pentru diagnostic.

Atitudine si tratament

Pacient instabil – masuri adecvate de resuscitare si stabilizare, interventie chirurgicala daca e cazul.

Pacient stabil

1. Abord venos cu eventuala hidratare cu solutie salina normotona sau Ringer lactat. Se contraindica aportul oral.
2. Utilizarea judicioasa a analgeticelor este indicata deoarece va favoriza obtinerea unui istoric mai exact alaturi de o examinare fizica in conditii mai bune, la un pacient aflat intr-o stare de confort mai buna:
   a. Opioidele in doze adecvate (de ex. morfina 0,1 mg/kg i.v.) pot sa diminueze apararea si sa imbunatateasca localizarea durerii; daca dorim sa anulam efectul opioidelor putem utiliza naloxon 0,4-2 mg s.c./i.v.(2);
   b. Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) sunt utile la pacientii cu colica renala; utilizarea lor in alte conditii este controversata (deoarece pot sa determine iritatie gastrointestinala aditionala iar efectele lor antiinflamatoare pot sa mascheze semnele initiale de peritonita);
   c. Antiemeticele (metoclopramid 10-20 mg i.m./i.v.) cresc confortul pacientului si permit o mai buna evaluare;
   d. Cand e cazul, se initiaza tratamentul antibiotic in functie de patologie;
3. Consult chirurgical sau ginecologic la pacientii cu suspiciune de patologie abdominala sau pelvina care necesita interventie chirurgicala imediata (hemoperitoneu, anevrism de aorta abdominala, perforatie de organ cavitar, ocluzie intestinala, sarcina ectopica);

Desi se parcurg toate etapele evaluarii unui pacient cu dureri abdominale, la aproximativ 40% din cazuri nu se reuseste stabilirea unui diagnostic definitiv (2). Dintre acestia au indicatie de internare sau reevaluare seriata cei cu:

- stare generala influentata,
- diagnostic neclar, in cazul varstnicilor sau pacientilor imunocompromisi,
- imposibilitatea de a exclude cu siguranta etiologiile severe,
- durerea si varsaturile care nu cedeaza la tratament,
- alterarea statusului mental,
- imposibilitatea de a urma la domiciliu indicatiile de tratament si de reevaluare.

O mare parte a pacientilor cu durere abdominala nespecifica pot fi lasati in siguranta la domiciliu, cu conditia de a urma indicatiile stabilite, cu reevaluare la 24 de ore sau imediata daca simptomatologia nu se remite, se intensifica durerea, apar varsaturi, febra.

BIBLIOGRAFIE

1. Andreoli T, Bennett C, Carpenter C, Plum F. Manifestarile clinice frecvente in afectiunile gastrointestinale, Cecil: Esentialul in Medicina, Editia a IV-a, Editura M.A.S.T, Bucuresti, 1999, 255-275.
2. Gallangher J. Acute abdominal pain, gastrointestinal emergencies, emergency medicine, Sixth Edition The McGraw-Hill Companies, Inc., 2004, p. 487-501.
3. Wiener S. Durerea abdominala acuta. Diagnosticul diferential in durerea acuta, Editura Stiintelor Medicale, Bucuresti, 2001, p.183-321.
4. Dambro M. Consultul medical in 5 minute, Editura Medicala Callistro 1999, p. 268-75, 368.
5. Serban V. Medicina Interna, Vol IV, Editura Excelsior Timisoara, 1997, p. 169-96.